H 111
P232

DISSERTATION

N° 130.

SUR

L'HYDROCÉPHALE AIGUË,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 juin 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ÉDOUARD ARIBERT-DUFRESNE, de la Mure,

Département de l'Isère;

Non est in medico semper relevetur ut æger,
Interdùm doctâ plus valet arte malum.
OVID., *de Ponto.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

27559

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur*. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Président*.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur*. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque, *Examinateur*.	Dubled, *Suppléant*.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau, *Examinateur*.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MON ONCLE ARIBERT.

E. ARIBERT-DUFRESNE.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MON ONCLE ALBERT.

E. ALBERT-DUFRESNE.

DISSERTATION

SUR

L'HYDROCÉPHALE AIGUË.

Sous le nom d'*hydrocéphale aiguë*, on comprend toute collection plus ou moins considérable de sérosité exhalée en peu de temps par l'arachnoïde dans les ventricules cérébraux.

Synonymie. Fièvre cérébrale, hydropisie aiguë des ventricules, hydrencéphale, hydroméningite, irritation encéphalique des enfans, etc.

La première dissertation complète sur l'*hydropisie aiguë* des ventricules fut publiée, par *Robert Whytt*, en 1768; cependant *Sauvages*, dans sa Nosologie méthodique, en avait tracé un tableau assez exact dès 1763, sous le nom de *Eclampsia ab. hydrocephalo.* Depuis, un assez grand nombre d'auteurs se sont occupés de cette maladie, mais tous sont loin d'être d'accord sur sa nature; ainsi, *Cullen* la regarde comme une variété de l'apoplexie; *Baumes*, dans les Annales cliniques de Montpellier, pense qu'elle est due « à une espèce d'inflammation spasmodique de l'arachnoïde qui empêche de repomper la lymphe humectant habituellement le cerveau. » *Fothergill* avait attribué l'épanchement à la rupture d'un vaisseau lymphatique.

Benjamin Prush, de Philadelphie, supposa que le premier degré de l'hydrocéphale aiguë était une sorte de phlegmasie moindre que l'inflammation ordinaire, et le second une espèce d'apoplexie séreuse. M. *Broussais* a prétendu que l'épanchement de sérosité dans le cerveau n'était le plus souvent que sympathique ou symptomatique des affections gastro-intestinales. MM. *Piorry*, *Coindet*, *Gœlis* et *Dance*, croient qu'il est toujours dû à l'inflammation préalable du cerveau ou de ses membranes, surtout de la membrane interne des ventricules et de la couche de substance cérébrale sub-jacente. Enfin *Cheyne*, *Henne*, MM. *Jadelot*, *Récamier* et *Bricheteau*, regardent l'inflammation comme une des causes les plus fréquentes de l'hydrocéphale aiguë; mais ils admettent l'existence d'une autre variété de cette maladie, qui serait alors essentielle.

Cette dernière opinion, fondée sur l'anatomie pathologique, nous paraît la plus vraisemblable; toutefois nous n'y attacherons pas une très-grande importance, parce qu'il est presque toujours impossible de distinguer ces deux variétés avant la mort du malade, et parce que les faits anatomiques sur lesquels on a basé cette distinction n'ont peut-être pas été observés avec assez de soin.

« Je possède aussi plusieurs observations de l'hydrocéphale aiguë, sans aucune trace de méningite ou d'encéphalite; mais j'avoue que maintenant que je porte une attention plus scrupuleuse dans les recherches d'anatomie pathologique que pendant les premières années de ma pratique, je ne retrouve jamais d'hydrocéphale aiguë sans des lésions organiques des méninges ou du cerveau. (M. *Guersent*, Dic. de méd.)

Causes prédisposantes. Malgré l'opinion contradictoire de quelques auteurs, l'hydrocéphale aiguë frappe particulièrement l'enfance, jusqu'à l'époque de la seconde dentition. Cependant, d'après les observations de M. *Dance*, les adultes paraissent y être plus sujets qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

Les enfans qui annoncent une grande capacité, dont la mémoire

est vaste, la conception prompte, la tête volumineuse, qui ont un caractère irritable, une sensibilité vive, une imagination facile à s'exalter, sont plus disposés que les autres à la fièvre cérébrale. Cette fâcheuse prédisposition est trop souvent augmentée par l'amour-propre mal entendu des maîtres et des parens, qui, par un exercice prématuré des facultés intellectuelles, excitent continuellement un organe déjà trop irritable.

Causes efficientes. Elles sont en très-grand nombre : on les a divisées en *directes* et *indirectes ;* parmi les premières, on a rangé les coups, les chutes sur la tête, l'exposition à un soleil ardent ; les passions vives, et les fortes contentions d'esprit chez les adultes.

On peut enfin considérer comme causes indirectes, le développement de productions étrangères, de granulations à la surface des méninges, la présence de tumeurs accidentelles dans le crâne, une dentition difficile, la répercussion d'un exanthème, et principalement de la rougeole et de la scarlatine.

MM. *Odier* et *Gardien* ont regardé cette dernière cause comme la plus fréquente de toutes.

Description. Par leur variété, par l'irrégularité de leur développement, les symptômes de l'hydrocéphale aiguë semblent échapper à toute classification. *Cheyne* et M. *Itart* les avaient réunis sous deux périodes distinctes, celle d'*irritation* et celle de *compression.* Whytt en avait admis trois, d'après les divers états du pouls. Nous croyons devoir adopter cette division en trois périodes, comme pouvant faciliter l'étude, bien que dans un grand nombre de cas il soit impossible de les distinguer.

Première période. Les auteurs ont singulièrement varié sur le temps d'incubation ; *Whytt* pensait qu'il durait plusieurs mois ; *Fothergill* le limitait à quatre à cinq jours. Des observations bien constatées prouvent que l'hydrocéphale aiguë peut frapper presque subitement, et se terminer par la mort en trente-six à quarante heures.

En général, après quelques jours d'inappétence, de malaise, de douleurs vagues dans diverses parties du corps, le premier symptôme qui vient frapper l'attention du praticien est une céphalalgie opiniâtre qui s'accroît de jour en jour ; quelquefois bornée à la région sus-orbitaire, elle est plus souvent répartie dans toute la cavité du crâne ; presque toujours elle est exacerbante, et chez les jeunes sujets principalement s'accompagne d'alternatives de rougeur et de pâleur de la face qui semblent correspondre à l'exacerbation et à la rémission de la douleur; de cris aigus instantanés, auxquels M. *Coindet* a cru reconnaître un caractère particulier, et qu'il a nommés *hydrencéphaliques*.

A la céphalalgie se joignent des vomissemens plus ou moins répétés, qui pourraient jusqu'à un certain point en imposer pour une affection gastrique primitive et essentielle; la langue est quelquefois rouge, plus communément elle présente un enduit blanchâtre; les malades éprouvent en général de la constipation; s'il y a diarrhée, les selles sont verdâtres et fétides. M. *Coindet* regarde comme très-important pour le diagnostic la présence d'un dépôt blanc, farineux, crétacé dans les urines; ce signe devient pour lui presque pathognomonique, lorsqu'il s'y joint de petites lames blanches micacées tenues en suspension dans ce liquide. Le pouls est ordinairement irrégulier, petit, très-fréquent; dans certains cas, rares, il n'y a pas de fièvre.

L'expression de la face, assez naturelle dans cette première période, ne prend un caractère de souffrance que dans les momens où la céphalalgie se fait sentir avec le plus de violence ; alors les traits se contractent, les sourcils se froncent, les paupières se rapprochent comme pour éloigner des yeux l'impression fatigante de la lumière. Les globes oculaires éprouvent des mouvemens irréguliers, les conjonctives sont injectées ; mais les signes les plus importans fournis par ces organes se manifestent dans la seconde période. Chez les jeunes sujets, les narines sont sèches, ils y portent fréquemment les doigts; on ne remarque presque jamais de délire, surtout ce délire

furieux qui caractérise certaines méningites, mais quelques divagations légères, des rêves effrayans, une faible somnolence. En général, les facultés intellectuelles ne sont pas lésées, les enfans répondent avec justesse; mais leurs réponses portent l'empreinte de la mauvaise humeur, et souvent ils repoussent avec colère ceux qui persistent à les interroger. La durée de cette période dépasse rarement six à huit jours.

Deuxième période. Parvenue à cette période, la céphalalgie commence à devenir de plus en plus obscure, les redoublemens n'ont lieu qu'à de longs intervalles; il est rare que la constipation et les vomissemens persistent encore; la circulation est ralentie d'une manière très-remarquable. M. *Dance* a vu plusieurs sujets adultes atteints d'hydrocéphale aiguë, chez lesquels le pouls n'offrait pas plus de trente-cinq à quarante pulsations par minute; il devient en même temps petit, faible, assez souvent inégal, irrégulier, intermittent, et variable du soir au matin. Cet état du pouls n'avait pas échappé à *Whytt;* il l'assigne même pour caractère distinctif de cette période. La respiration est irrégulière, profonde et plaintive, l'haleine fétide; il y a parfois des bâillemens répétés. La face présente des caractères variables; mais sa principale expression dépend de l'état des yeux: ceux-ci fournissent des signes très-importans pour le diagnostic.

Les globes circulaires peuvent être déviés de leur direction naturelle, agités de mouvemens convulsifs; la vision est quelquefois double; les paupières tantôt closes, tantôt à demi-ouvertes; les pupilles sont dilatées, souvent d'une manière inégale; cette dilatation est portée au plus haut degré à l'approche de la mort, mais sa marche est loin d'être uniforme.

M. *Odier* a signalé un phénomène fort remarquable que présente l'iris: lorsqu'on soumet l'œil à une lumière artificielle, le petit cercle formé par cette membrane se dilate et se resserre rapidement, mais ces oscillations vont en diminuant de force et d'étendue.

D'après *Ludwyg*, les enfans portent la main du côté où s'effectue

l'épanchement; dans les cas les plus ordinaires, les mouvemens sont automatiques; quelquefois les membres supérieurs sont convulsés, la tête se renverse en arrière, le tronc lui-même peut participer à cette rigidité; mais ces symptômes, qui ne surviennent que vers la fin de la deuxième période, et qui dépendent probablement d'une inflammation des méninges de la base du crâne, ont toujours été précédés par une diminution notable de la force musculaire. La somnolence devient plus profonde, plus continue; les facultés intellectuelles s'engourdissent; il faut exciter les malades pour qu'ils répondent aux questions qu'on leur adresse, et bientôt ils retombent dans leur assoupissement; ils ont rarement du délire. L'anxiété, l'agitation, la mauvaise humeur sont portées au comble; des exacerbations et des rémissions accompagnées de cris aigus, quelquefois même une véritable intermittence viennent compléter le tableau de cette seconde période, la plus longue de toutes, et dont la durée peut s'étendre à deux septénaires.

Troisième période. Elle est annoncée par l'accélération croissante du pouls et par un coma profond : celui-ci, juqu'aux approches de la mort, peut cependant offrir des rémissions inespérées; on doit se tenir en garde contre cette espèce d'intermittence, qu'on n'observe pas ordinairement dans les autres maladies cérébrales, et qui peut donner lieu à des erreurs de prognostic aussi désagréables pour le médecin que cruelles pour les parens. La respiration est lente, plaintive, parfois comme suspendue; le malade est couché en supination, la tête de plus en plus déjetée en arrière; l'iris n'oscille plus à l'aspect de la flamme d'une bougie; la pupille est excessivement dilatée; la cornée se recouvre d'une mucosité glaireuse; la déglutition devient impossible, la défécation involontaire; la paralysie qui survient peut être générale ou n'occuper qu'un seul côté du corps, tandis que l'autre est livré à des mouvemens convulsifs. Les roideurs, les soubresauts des tendons, les convulsions partielles prennent plus d'intensité, le pouls devient vacillant, et une convulsion générale

termine fréquemment la vie. D'autres fois, plusieurs heures avant la mort tous les phénomènes vitaux sont éteints, excepté la circulation et la respiration, qui sont à peine appréciables, et le malade rend paisiblement le dernier soupir long-temps après que tout ce qui l'entoure a cessé d'exister pour lui.

La durée ordinaire de l'hydrocéphale aiguë est de quinze ou dix-huit jours ; on l'a vue se terminer par la mort en quarante heures, ou s'étendre au-delà du quatrième septénaire.

Hunter, Baumes et *Fériar* ont offert quelques observations assez singulieres, dans lesquelles l'épanchement devenait tellement considérable, qu'il s'en suivait une dilatation des parois du crâne et une augmentation rapide dans le volume de la tête. Ces auteurs assurent même que leurs malades ont guéri assez promptement : le crâne reprenait son volume ordinaire, à mesure que l'épanchement se dissipait. Enfin, quelquefois les enfans sont enlevés subitement par une congestion rapide de sérosité, soit à l'invasion, soit à une époque plus ou moins avancée de la maladie. Ce sont probablement des cas analogues qui ont porté quelques auteurs à la regarder comme une variété de l'apoplexie, et M. *Guersent* à admettre une hydrocéphale apoplectique.

Complications. Diverses affections par leur existence simultanée avec l'hydrocéphale aiguë, viennent souvent offrir au praticien une complication de symptômes qui rend le diagnostic difficile. Parmi ces complications, les unes sont primitives et paraissent être la cause de la maladie; les autres n'en sont que des effets ou des concomitence : aux premières appartiennent les granulations tuberculeuses de la pie-mère, les productions accidentelles développées dans le cerveau, les abcès, les ramollissemens, les épanchemens sanguins de cet organe, enfin toutes les lésions qui, déterminant un afflux sanguin vers l'encéphale, favorisent secondairement l'hydropisie des ventricules. Les complications de la seconde espèce en renferment une tellement fréquente, que plusieurs auteurs en ont fait l'élément

principal de la maladie : c'est la méningite de la base du crâne ; il est certain que dans plusieurs cas elle a précédé l'épanchement, mais très-souvent aussi elle ne survient qu'à la fin de la deuxième période ; elle est alors annoncée par des rigidités dans les diverses régions du corps, et d'ailleurs n'influe pas d'une manière marquée sur le traitement. Enfin, il est de la plus haute importance de reconnaître le développement soit primitif, soit secondaire de phlegmasies dans les organes digestifs ; la peau devient alors chaude et sèche, la langue rouge, la soif vive ; un dévoiement plus ou moins prononcé ne tarde pas à survenir.

Diagnostic différentiel. Nous venons d'indiquer la coexistence fréquente de la méningite avec l'hydrocéphale aiguë, et les caractères au moyen desquels on peut reconnaître cette complication ; mais si les méninges seules, et surtout celles de la convexité du cerveau étaient enflammées, le trouble des facultés intellectuelles, le délire violent et la fièvre très-forte qui se montrent au début rendraient le diagnostic facile.

La présence des vers dans le canal digestif peut, suivant quelques auteurs, produire tous les symptômes de la fièvre cérébrale ; tels que l'irrégularité des mouvemens fébriles, la dilatation de la pupille, les chatouillemens aux environs du nez. L'éjection des vers pouvant également avoir lieu dans les deux maladies, on les distinguera par la céphalalgie intense, l'assoupissement, les oscillations de l'iris, et surtout par la gravité toujours croissante des symptômes, qui ne s'observent pas, en général, dans les affections vermineuses. Enfin, il serait difficile de confondre l'hydrocéphale aiguë avec l'apoplexie, l'invasion est subite, les phénomènes paralytiques sont portés d'abord au plus haut degré, et bornés ordinairement à l'un des côtés du corps. Le ramollissement cérébral peut aussi frapper subitement, mais presque toujours il offre une marche lente, graduelle, et donne lieu à une hémiplégie avec fréquence de la circulation. Au reste, le diagnostic ne doit jamais être basé sur un sym-

ptôme pris isolément, mais sur l'appréciation collective de tous les phénomènes présentés par la maladie, le tempérament, l'âge du sujet, ou quelquefois la connaissance des affections auxquelles ont succombé les membres de la même famille.

Prognostic. Les premiers auteurs qui ont écrit sur l'hydrocéphale aiguë paraissent ne l'avoir observée qu'à une période avancée ou sous les formes les plus graves, puisqu'ils l'ont unanimement regardée comme incurable. *Whytt*, *Fothergill*, *Vattson*, *Huck*, déclarent ne l'avoir jamais guérie. Sur trente-quatre observations présentées par *Gœlis*, trente-deux sujets ont succombé. *Odier* et *Lettsom*, en avouant l'extrême gravité de cette affection, reconnaissent cependant qu'il existe quelques chances de salut, et qu'un malade sur trente peut recouvrer la santé. *Thomas Percival* prétendit en avoir guéri onze sur vingt-six par l'emploi du mercure.

Cheyne, MM. *Itard*, *Brachet* et *Bouvier* portent le nombre des guéris au tiers ou au quart des malades. Nous croyons, avec M. *Bricheteau*, cette proportion beaucoup trop forte. Au reste, la gravité du prognostic varie suivant la nature des causes, la constitution du sujet, le cours plus ou moins rapide de la maladie. Les hydrocéphales qui succèdent à certaines épidémies de rougeole ou de scarlatine présentent plus de chances de succès que celles appelées *idiopathiques*. Le danger est aussi moins grand pour les enfans que pour les adultes. Tant que la céphalalgie persistera, que les facultés intellectuelles seront peu affectées, que le pouls ne sera ni très-lent, ni très-irrégulier, on conservera de l'espoir dans les efforts du traitement. Mais si la céphalalgie diminue, et qu'en même temps le pouls devienne plus lent, l'intelligence plus obtuse; si l'on observe la dilatation et l'oscillation des pupilles, ainsi qu'une grande diminution des forces musculaires, la vie est dans le danger le plus imminent. Enfin, la mort est presque inévitable si l'intensité de ces phénomènes s'accroît en même temps que le pouls prend de jour en jour plus de fréquence et qu'il se développe des paralysies générales ou partielles.

Dans les cas, malheureusement trop rares, où la maladie se termine favorablement, la guérison peut s'opérer par la cessation graduée de tous les phénomènes morbides, et le retour parfait à la santé; mais aussi, à la suite de la fièvre cérébrale, on a vu des enfans rester idiots, maniaques, ou privés de quelques-uns de leurs sens.

On doit s'expliquer avec beaucoup de réserve sur le sort du malade, lors même que l'intensité des symptômes a cédé et que tout annonce une terminaison favorable : l'expérience a prouvé plus d'une fois que la rémission peut être incomplète. L'épanchement se fait alors d'une manière lente, insensible; la pupille reste dilatée, l'enfant ne reprend pas son embonpoint, et la mort survient à une époque plus ou moins éloignée.

Anatomie pathologique. L'altération la plus remarquable que présente le cerveau, celle qui seule avait paru frapper les regards des premiers historiens de l'hydrocéphale aiguë, est un épanchement de sérosité dans les ventricules; la quantité du liquide varie depuis deux jusqu'à huit onces et au-delà; il est presque entièrement transparent, et ne se coagule point par l'action de la chaleur ou des acides. Dans quelques cas, assez rares, on ne trouve aucune lésion appréciable dans les parois des ventricules, mais seulement une sorte de décoloration de la substance cérébrale, qui paraît mollasse et comme œdémateuse. Dans un second degré, beaucoup plus commun, à l'épanchement se joint un ramollissement très-remarquable des couches cérébrales adjacentes à la séreuse ventriculaire; cette membrane semble s'épaissir et se décoller de la surface sur laquelle elle est appliquée. Ce ramollissement a lieu surtout aux dépens de la cavité digitale et du corps calleux. Le *septum lucidum* et le trigone cérébral le présentent au plus haut degré; ces parties finissent même par se dissoudre, et donnent ainsi lieu à une communication contre-nature entre les ventricules latéraux.

On observe aussi très-souvent des points rouges enflammés, des plaques recouvertes de fausses membranes sur les méninges de la

base du crâne, une infiltration purulente de la pie-mère, existant surtout dans les scissures de *Sylvius*, ou en arrière de l'entrecroisement des nerfs optiques et à la partie supérieure du cervelet. Les veines et les sinus cérébraux sont presque toujours engorgés et distendus par un sang noir. Le cerveau lui-même peut offrir des congestions sanguines, des infiltrations séreuses et purulentes, avec ramollissement de ses couches les plus superficielles; tandis que dans quelques cas il a présenté une sorte d'hypertrophie très-remarquable. Un dernier genre de lésions, dépendant de l'accumulation du liquide et de la pression qu'il exerce, consiste dans l'agrandissement des ventricules, l'aplatissement des circonvolutions, l'affaissement du tissu cellulaire sous-arachnoïdien et la sécheresse de l'arachnoïde.

Traitement prophilactique. Existe-t-il un traitement préservatif de l'hydrocéphale aiguë? La Société de médecine de Paris, consultée sur les moyens de préserver le seul rejeton d'une famille qui avait vu successivement ses autres enfans, au nombre de trois, succomber à cette terrible maladie, conseilla : *de dépayser l'enfant, de le faire vivre dans un air pur, de provoquer d'abondantes transpirations, d'entretenir la liberté du ventre, et même d'appliquer un moxa à la nuque.* Elle avoua toutefois que l'efficacité de ces moyens n'était constatée par aucun fait.

A quelques modifications près, ce traitement prophylactique devra être mis en usage toute les fois que l'existence des causes que nous avons indiquées donnera lieu de craindre le développement d'une fièvre cérébrale. Lorsque le sujet sera vigoureux, d'une constitution irritable, se plaignant de céphalalgie et d'étourdissemens, il sera utile de lui pratiquer une saignée du pied, rendue plus efficace par l'emploi consécutif de pédiluves très-chauds et très-irritans. Il faut proscrire d'une manière absolue tous les exercices qui pourraient déterminer un afflux sanguin vers l'encéphale; la tête devra rester habituellement découverte, pourvu toutefois qu'elle ne soit pas exposée à l'action des rayons solaires. Les pleurs, les cris habituels, chez les

enfans, les passions vives et les fortes contentions d'esprit chez les adultes, étant également nuisibles, tout ce qui peut les déterminer sera éloigné avec le plus grand soin. A l'usage des moyens que nous venons d'indiquer on associera les bains tièdes et les exercices gymnastiques, qui ont le double avantage de rendre le corps moins impressionnable aux agens extérieurs et de provoquer d'abondantes transpirations.

Traitement curatif. Les émissions sanguines, les répercussifs, les révulsifs et les perturbateurs en forment la base ; mais ces différens moyens sont loin d'être également avantageux, et leur utilité varie suivant la période dans laquelle ils sont employés. Au reste, dans l'hydrocéphale aiguë, comme dans presque toutes les maladies, il est impossible de déterminer l'époque à laquelle un médicament cesse d'être utile; l'expérience et l'habileté du médecin peuvent seules le guider dans cette appréciation.

Les émissions sanguines parurent nuisibles aux premiers historiens de la fièvre cérébrale; plus tard, elles furent préconisées outre mesure. Il paraît certain qu'employées dès le début, et lorsque la céphalalgie commence seulement à se faire sentir, elles sont très-avantageuses; mais il faut en user avec la plus grande réserve, dans la crainte de déterminer un collapsus des forces, si favorable à la production des hydropisies. Chez les enfans de quatre à sept ans on a généralement recours à l'application de six à huit sangsues derrière les oreilles; si le sujet est adulte, fort et sanguin, il faut débuter par une ou plusieurs saignées générales : en diminuant ainsi la masse des fluides, on abat la violence de la congestion et l'on seconde l'action des saignées locales, qui doivent être employées plus tard. M. *Dance* conseille de n'appliquer qu'un petit nombre de sangsues à la fois, et de les faire succéder les unes aux autres, de telle sorte qu'il y ait au voisinage du crâne un écoulement de sang presque continuel pendant les quatre à cinq premiers jours de la maladie; cette perte graduelle n'affaiblit pas autant qu'une quantité beaucoup moindre retirée tout

à coup. M. *Cruveilhier* a consigné, dans son premier cahier de Médecine pratique, deux succès très-remarquables obtenus par la saignée de la pituitaire, pratiquée au moyen d'un phlébotome de son invention. Si la menstruation ou une épistaxis habituelle avaient été supprimées, on devrait appliquer quelques sangsues à la partie interne des cuisses ou vers les ailes du nez : avec la saignée doivent nécessairement marcher les boissons émollientes et mucilagineuses.

On pourra mettre en usage, mais seulement dans la première période, les applications de glace et les affusions d'eau froide sur la tête, tandis que les extrémités inférieures seront recouvertes de cataplasmes chauds et sinapisés ; mais ces remèdes jouissent d'une activité plus grande qu'on ne le pense communément, loin d'être abandonnés aux soins d'un infirmier ou d'une garde-malade, comme on le fait presque toujours, le médecin doit lui-même en diriger l'emploi, surveiller attentivement les effets primitifs et secondaires, et par suite prolonger la durée de leur application ou la suspendre, si l'individu paraissait sortir de sa stupeur ou s'engourdir davantage.

Quelques médecins accordent aux mercuriaux la plus grande confiance dans le traitement de l'hydrocéphale aiguë; des auteurs anglais prétendent qu'il est utile de les administrer de manière à produire la salivation, mais on est généralement d'accord sur les inconvéniens de cette pratique. Le docteur *Bouvier* joignait à l'emploi du calomel des frictions avec l'onguent mercuriel sur diverses parties du corps ; il affirme n'avoir perdu qu'un seul malade de ceux qu'il a traités par cette double médication, dans des circonstances opportunes. Le calomel seul, administré à l'intérieur à la dose d'un grain toutes les deux à trois heures, nous paraît très-utile lorsqu'il n'existe pas d'inflammation intestinale ; il donne rarement lieu à la salivation, et semble exciter spécialement la sécrétion biliaire et folliculaire.

Laennec a obtenu plusieurs succès par l'émétique en lavage ;

mais ce médicament n'a pas encore été employé un nombre de fois suffisant pour qu'il soit possible d'en apprécier l'utilité.

M. *Itard* regarde comme un des moyens les plus efficaces dans l'hydrocéphale aiguë l'usage des bains de vapeur; il se sert pour produire celle-ci d'une décoction de fleurs de sureau dans le vinaigre. Les exacerbations fréquentes qui s'observent dans la fièvre cérébrale portèrent MM. *Cloquet* et *Mareschal* à administrer le quinquina en lavement; mais les auteurs qui regardent l'épanchement comme le résultat d'une inflammation ont pensé que les succès obtenus par ces deux médecins se rapportaient plutôt à des fièvres pernicieuses, rémittentes, comateuses, qu'à l'hydrocéphale aiguë proprement dite.

Les vésicatoires, qui d'après *Odier*, *Baumes* et M. *Mathey*, doivent toujours être appliqués dès le début et faire la base du traitement, sont regardés par d'autres médecins comme très-dangereux dans la première période. La même incertitude règne sur la question de savoir s'il faut en user comme de rubéfians, ou si l'on doit entretenir la suppuration. Dans la dernière période ils sont généralement employés ainsi que tous les autres révulsifs extérieurs : on les place à la nuque, sur le cuir chevelu, aux extrémités inférieures; mais alors c'est plutôt pour ne pas rester spectateur oisif d'un mal qui fait des progrès de jour en jour que dans l'espérance de le détourner.

La ponction a été conseillée comme dernier espoir de salut, mais elle n'a jamais été suivie de succès.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

IV.

Qui sana habent corpora, pharmacis purgati citò exsolvuntur, ut et qui pravo utuntur cibo. *Ibid.*, *aph.* 36.

V.

Omnia secundùm rationem facienti, et non secundùm rationem evenientibus non ad aliud transeundum, manente eo quod ab initio visum est. *Ibid.*, *aph.* 52.

VI.

A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.